ÉTAT DU MARYLAND
DHMH

Date initiale de l'examen (mm/jj/aaaa): _____
Date Finale de l'examen (mm/jj/aaaa): _____

Sommaire De L'État De Santé Du Refugié

CARACTÉRISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE				
Nom (Nom, Prénom, Surnom)		Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin		# Allochtone
Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Adresse	Nom & # de téléphone du répondant		Nom & # de téléphone du gérant du dossier
Agence d'examen médical	Agence Relocalisation/Volontaire	Date d'arrivée aux U.S.	Pays natal	Médecin/infirmière examinateur

RÉSULTATS DE L'EXAMEN

Diagnostics: ☐ Évaluation de la santé du réfugié complétée ☐ Examen ou historique médicale anormaux (Voir Notes ici-bas) ☐Grossesse
☐ Selles/Sérologie positives pour les ovules ou parasites ☐ Traitement tuberculose latente ☐ Tuberculose ☐Autre _____

Tests de labo demandés: ☐ Selles pour O&P ☐ Crachat ☐ Radiographie pulmonaire ☐ Titres d'immunisation ☐ Hémogramme
☐ Taux de plomb dans le sang ☐ Test fonction du foie (TFF) ☐ Test VIH ☐ Hépatite B Antigène ☐ Syphilis (RPR)
☐ Gonorrhée/Chlamydia

Résultats de Labo (Voir Formulaire d'évaluation de la santé) : Le formulaire d'évaluation de la santé est-il joint? ☐ Oui ☐ Non

Vaccins administrés: ☐ ROR ☐ Varicelle ☐ Hépatite B ☐ DTaP/Tdap/Td ☐ Influenza ☐ Twinrix (Hep A & B) ☐ Autre _____

Titres immunisation—Immunisé contre :
☐ Rougeole ☐ Oreillon ☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Hépatite B ☐ Hépatite C

MALADE DIRIGÉ

Vous avez été référé à : ☐ Omnipraticien pour un suivi ☐ Dentiste ☐ Nutritionniste/FNE ☐ Optométriste ☐OB/GYN
☐ Programme de TB du DSL pour évaluation/début de traitement (DSL/autre centre: _____)
☐ Spécialiste pour _____
☐ Autre _____
☐ Aucun

Vous avez besoin d'un rendez-vous de suivi avant _____ (spécifié le délai) pour _____ (spécifié la raison).

MÉDICAMENTS

Médicaments prescrits? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez énumérer les médicaments et la raison de la prescription :

_____
_____
_____

Médications vérifiés contre la liste de la MCO? ☐ Oui ☐ Non

ÉTAPES SUIVANTES

☐ Appeler le numéro sur votre carte d'assurance pour fixer un rendez-vous avec votre médecin.
☐ Votre prochain rendez-vous est le _____ (date/heure) pour _____ (raison).
☐ Appeler _____ si vous avez des questions ou des préoccupations concernant votre évaluation de santé de réfugié.
☐ Prendre les médicaments tel que prescrits.
☐ Recommander le suivi des parasites des selles selon les directives du CDC : http://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/intestinal-parasites-domestic.pdf.
☐ Fournir une copie de ce formulaire à votre médecin ou infirmière.

NOTES

_____
_____
_____

_____	_____	_____
Nom de la personne qui a rempli le formulaire	Signature de la personne qui a rempli le formulaire	Date